

APAIB

**ASSOCIATION POUR LA PROMOTION
DE L'ALIMENTATION INFANTILE AU BURKINA FASO**



IBFAN AFRIQUE

**INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION
NETWORK AFRIQUE**

INITIATIVE MONDIALE DE SUIVI DES TENDANCES DE L'ALLAITEMENT

WORLD BREASTFEEDING TRENDS INITIATIVE (WBTI)



RAPPORT DE RÉÉVALUATION AU BURKINA FASO

Juillet 2015

Table des matières

Table des matières

Acronymes	3
INTRODUCTION	5
CONTEXTE GENERAL : LE BURKINA FASO.....	5
PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT	6
FINANCEMENT DU PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT	7
Partie I : Politiques et programmes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) 8	8
Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national	8
Indicateur 2 : Soins Amis des Bébé et Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l'allaitement maternel).....	10
Indicateur 3 : Mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.....	12
Indicateur 4 : Protection de la maternité	14
Indicateur 5 : Le système de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'ANJE).....	16
Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes	17
Indicateur 7 : Appui en information.....	19
Indicateur 8 : Alimentation infantile et VIH.....	21
Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence	25
Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation	27
Partie II: Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.....	29
Indicateur 11 : Initiation précoce de l'allaitement au sein	30
Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois	30
Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement	31
Indicateur 14 : Alimentation au biberon	31
Indicateur 15 : Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous	32
Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes	33
Résumé Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	34
Total Parties I et II (indicateurs 1-15) : ANJE - Pratiques, politiques et programmes	36
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	36
Annexes :	42

Acronymes

A&T	Alive and Thrive
ACF	Association Chant de Femmes
AMS	Assemblée Mondiale de la Santé
ANJE	Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants
APAIB	Association pour la Promotion de l'Alimentation infantile au Burkina
ARV	Anti Rétro Viraux
ASBC	Agents de Santé à Base Communautaire
ASC	Agents de Santé Communautaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CICSLM	Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel
CONASUR	Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation
CPM	Convention sur la Protection de la Maternité
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DGESS	Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sanitaires
DN	Direction de la Nutrition
DS	District Sanitaire
DSF	Direction de la Santé de la Famille
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDOSS	Entrepôt des Données Sanitaires
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
FAO	Food and Agriculture Organization Organisation des Nations Unis pour l'alimentation et l'agriculture
GASPA	Groupe d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE
IBFAN	International Baby Food Action Network ou Réseau International de Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile
IEC	Information/Education/Communication
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
OBCE	Organisation à Base Communautaire d'Exécution
OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant
PISA	Paquet Intégré de Services d'ANJE
PNP	Politiques Normes et Protocoles en SR
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRV	Personnes Ressources Volontaires
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant PTME
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
SIDA	Syndrome Immuno Déficience Acquise
SLM	Substituts du Lait Maternel
SMAM	Semaine Mondiale sur l'Allaitement Maternel
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SR	Santé de la Reproduction
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WBT <i>i</i>	World Breastfeeding Trends Initiative Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement

INTRODUCTION

En 2002, l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et le Conseil Exécutif de l'UNICEF ont adopté la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant qui a révélé que : « la malnutrition est directement ou indirectement responsable de 60% des 10,9 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans survenant chaque année dans le monde. Aussi, plus de deux tiers de ces décès sont souvent associés à des pratiques inadéquates d'alimentation, surviennent au cours de la première année de vie. Au niveau mondial, moins de 35% des nourrissons sont exclusivement allaités pendant leurs quatre premiers mois de vie. Bien souvent, l'alimentation de complément commence trop tôt ou trop tard sont inadéquatement menés sur le plan nutritionnel.

C'est à la lumière de ce contexte, qu'une initiative novatrice, l'Initiative Mondiale de Suivi des Tendances de l'Allaitement (WBTi) a été conçue par IBFAN Asie afin d'évaluer la situation ainsi que les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant. Le WBTi, se veut un outil d'évaluation et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie mondiale utilisant une plateforme virtuelle du web. Il s'agit d'un système conçu pour aider les pays à évaluer les forces et les faiblesses de leurs politiques et programmes de protection, de promotion et de soutien des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ce système vise à renforcer et encourager l'action pour la promotion de l'allaitement à travers le monde.

Le Burkina a réalisé une première évaluation à travers l'outil WBTi en 2012, dont le rapport est disponible sur le site web : www.worldbreastfeedingtrends.org.

Le présent rapport qui est le produit de la réévaluation WBTi du Burkina décrit les étapes du processus d'évaluation et donne les résultats de l'évaluation sur l'état de mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, entreprise au Burkina Faso, par la Coordination régionale d'IBFAN Afrique francophone en collaboration avec l'Association pour la Promotion de l'Alimentation infantile au Burkina (APAIB).

CONTEXTE GENERAL : LE BURKINA FASO

Situé dans la boucle du Niger, le Burkina Faso est un pays sans débouché sur la mer. Il s'étend sur 272 967 km² et est limité au nord et à l'ouest par le Mali, au nord-est par le Niger, au sud-est par le Bénin et au sud par le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Le Burkina Faso est régulièrement confronté à des difficultés agropédoclimatiques et socio-économiques dont l'une des conséquences est la persistance de la sous-alimentation et de la malnutrition sous toutes ses formes. En effet, selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2010, 49% des femmes sont touchées par l'anémie, une proportion élevée des femmes de 15 à 49 ans, (16%) ont un IMC inférieur à 18.5% et présentent donc un état de déficience chronique. La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans a connu une nette amélioration en passant de 46% à 31.5% entre 1998 et 2014. Mais, avec plus d'un million d'enfants Burkinabés âgés de moins de 5 ans qui souffrent de retard de croissance ce niveau est encore très élevé.

L'évolution des indicateurs sur la nutrition entre 2012 et 2014 se présentent respectivement comme suit dans le tableau ci-dessous :

	<i>Evolution du taux de pratique d'allaitement maternel exclusif (%)</i>			<i>Evolution du taux de pratique d'alimentation minimale acceptable (%)</i>		
	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<i>Niveau National</i>	<i>38,2</i>	<i>47,2</i>	<i>50,1</i>	<i>3,2</i>	<i>7,2</i>	<i>11,4</i>

Source : Enquête Nutritionnelle Nationale SMART 2012,2013 et 2014

Face à cette situation, le Gouvernement et ses partenaires au développement ont convenu de conjuguer leurs efforts pour mettre en œuvre des interventions simples, pertinentes et efficaces pour réduire la charge de la malnutrition d'une part, et d'autre part pour mieux suivre et évaluer la situation nutritionnelle des enfants.

En vue d'harmoniser les sources de données sur la nutrition et de disposer d'une information simple, valide et fiable, cette évaluation a été conduite avec pour objectif principal d'évaluer la situation de la mise en œuvre de la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant âgés de 0 à 59 mois au Burkina Faso.

PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT

Le processus d'élaboration de ce document a été participatif et s'articule autour des étapes suivantes :

1. Atelier d'information, des acteurs de la nutrition, sur l'outil WBTi et la méthode d'évaluation
2. Mise en place d'une cellule restreinte composée des membres de la Coordination régionale d'IBFAN Afrique francophone et des membres du Groupe IBFAN National APAIB, A&T, la DN et ACF ;
3. Elargissement des travaux de la Cellule restreinte à d'autres personnes ressources du Ministère en charge de la santé (Direction de la Nutrition) et d'autres acteurs intervenant dans le domaine de l'ANJE ;
4. Collecte des données par indicateur à travers : (i) une répartition des indicateurs entre les membres du groupe restreint, puis (ii) la collecte qui a permis à chacun des membres selon les orientations fournies de procéder soit à des entretiens avec les personnes ressources et/ou à une revue documentaire pour obtenir l'information et (iii) une mise en commun de la production des membres au d'une réunion
5. Consolidation (prise en compte des apports et amendements des autres acteurs et partenaires).
6. Validation du document final lors d'un atelier ayant connu la participation de plusieurs partenaires intervenant dans le domaine de la nutrition ;
7. Finalisation du rapport, en vue d'intégrer les éléments de l'atelier de validation et certaines données pertinentes au niveau national.
8. Multiplication et diffusion du rapport



Atelier d'information sur le WBTi au groupe restreint de réévaluation 18/06/2015

FINANCEMENT DU PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT

Le processus d'élaboration et de finalisation du présent document d'évaluation WBTi au Burkina Faso a connu le soutien technique de IBFAN Afrique et de GIFA, avec un appui financier de la ville de Genève, du canton de Genève et de SIDA.

Partie I : Politiques et programmes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Dans la Partie I, chaque question a un score possible de 0-3 et chaque indicateur a un score maximum de 10. Une fois que l'information sur les indicateurs est réunie, les acquis sur l'objectif particulier lié à cet indicateur sont alors classifiés en rouge, jaune, bleu ou vert, selon les directives suggérées ci-dessous :

Directives IBFAN Asie pour le WBTi	
Scores	Classification colorimétrique
0 – 3.5	Rouge
4 – 6.5	Jaune
7 – 9	Bleu
> 9	Vert

Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national

Question centrale : Existe-t'il une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant/l'allaitement maternel qui protège, promeut et soutient l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ? Est-ce que cette politique est soutenue par un programme développé par le gouvernement ? Existe-t'il un mécanisme de coordination tel qu'un comité national sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et un coordinateur pour ce comité ? (voir Annexe 1)

Directives pour la notation	
Critères	Notation ✓ Cocher ce qui convient
Une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant/l'allaitement a été officiellement adoptée/ approuvée par le gouvernement	✓ 1
1.2) Cette politique recommande l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, et l'alimentation de complément après 6 mois avec la poursuite de l'allaitement pendant 2 ans ou au-delà.	✓ 1
1.3) Un plan d'action national a été développé sur la base de la politique.	✓ 2
1.4) Le plan est financé de manière adéquate.	2
1.5) Un Comité National pour l'Allaitement/ l'ANJE existe.	1
1.6) Le comité national pour l'allaitement (ANJE) se réunit, effectue du suivi et analyse la situation, sur une base régulière.	2
1.7) Le comité national pour l'allaitement (ANJE) travaille en réseau et de manière efficace avec tous les autres secteurs concernés, tels que la santé, la nutrition, l'information, etc.	0.5
1.8) Le Comité National pour l'Allaitement est dirigé par un coordinateur/une coordinatrice, qui a des termes de référence clairement établis, et communique de	0.5

manière régulière sur la politique nationale avec les niveaux régionaux, de districts et communautaires.	
Score Total	4/10

Sources d'informations utilisées:

1. Politique nationale de nutrition (DN), 2007
2. Plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE 2013-2025

Conclusions:

Le Burkina Faso dispose d'une politique de nutrition depuis 2007 qui est en cours de révision. Egalement, un plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE 2013-2025 a été élaboré et validé en 2014. Ce programme est géré au niveau de la Direction de la nutrition. Il n'existe pas un coordinateur d'ANJE mais un responsable ANJE au niveau de la Direction de la nutrition. Actuellement, la formation des formateurs au niveau régional a concerné 5 régions sur 13. Ensuite, des formations en cascades devront se faire au niveau des districts sanitaires (63 Districts sanitaires au total).

Insuffisances:

1. Insuffisance de financement du plan ANJE
2. Absence de poste d'un coordinateur national ANJE

Recommandations:

1. Mobiliser suffisamment de fonds pour la mise en œuvre du plan ANJE
2. Créer un poste de coordinateur national ANJE

Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l'allaitement maternel)

Questions centrales :

- *Quel pourcentage d'hôpitaux et de maternités fournissent des services de maternité qui ont reçu le label "Amis des Bébés" sur la base de critères nationaux ou internationaux?*
- *Quelle est la qualité de mise en œuvre du programme IHAB ? (voir annexes 2.1, 2.2, 2.3)*

Directives – critères quantitatifs

2.1) 0 sur un total de 1836 maternités et hôpitaux (publics et privés) offrant des services de maternité ont été désignés ou ré-évalués « Amis des bébés » au cours des 5 dernières années 0%.

Directives pour la notation	
Critères	✓ Cocher ce qui convient
0	✓ 0
0.1 - 20%	1
20.1 - 49%	2
49.1 - 69%	3
69.1-89 %	4
89.1 - 100%	5
Score total	0/5

Directives – Critères qualitatifs

Qualité de la mise en œuvre du programme IHAB

Directives pour la notation	
Critères	✓ Cocher ce qui convient
2.2) Le programme IHAB repose sur la formation des agents de santé, basée sur un programme de formation d'au moins 20 heures ¹	1.0
2.3) Un système de suivi ² standard est en place	0.5
2.4) Un système d'évaluation inclut des entretiens avec le personnel de santé au sein des maternités et des services de soins de santé postnataux.	0.5
2.5) An assessment system relies on interviews of mothers. Un système d'évaluation repose sur des entretiens avec les mères.	0.5
2.6) Les systèmes de ré-évaluation ³ ont été intégrés dans les plans nationaux avec une mise en œuvre planifiée dans le temps.	1.0
2.7) Il existe/existait un programme assorti d'un calendrier d'exécution pour augmenter le nombre des institutions IHAB dans le pays	✓ 0.5

2.8) Le VIH est intégré dans le programme IHAB.	0.5
2.9) Les critères nationaux mettent pleinement en œuvre les critères IHAB globaux (voir annexe 2.1).	0.5
Score total	0.5/ 5
Score total	0.5/10

Sources d'information utilisées:

1. Rapport sur l'état des lieux de l'IHAB dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso au Burkina Faso (Juillet 2007) APAIB
2. Annuaire statistique 2014 du Ministère de la santé/ Burkina Faso
3. Rapport d'évaluation WBTi au Burkina Faso, Novembre 2012

Conclusions

1. 19 formations sanitaires ont reçu le label « hôpitaux amis des bébés » pour avoir réussi à l'évaluation des critères pour l'obtention du dit label dans les années 1990;
2. Des acquis demeurent et sont observables dans les formations sanitaires notamment l'application de certaines règles du code.
3. Grâce au plaidoyer, l'APAIB a obtenu l'introduction d'un module sur la gestion de la lactation dans les curricula de l'ENSP
4. Cependant, le programme IHAB enregistre depuis plus d'une décennie un déclin total.

Insuffisances

1. Il existe une insuffisance de compétence des prestataires en gestion de la lactation
2. Insuffisance de compétences des prestataires en matière de promotion de pratiques optimales d'ANJE
3. Il n'existe pas un système de suivi/évaluation périodique du programme IHAB
4. Insuffisance dans la sensibilisation et l'encadrement des mères
5. Faible implication des associations et des communautés dans la mise en œuvre de l'IHAB
6. Insuffisance de ressources financières et logistiques pour les activités de l'IHAB

Recommandations :

1. Promouvoir les pratiques optimales en matière d'ANJE dans les formations sanitaires
2. Mettre en place des activités et services « Amis des bébés » dans les hôpitaux et centres de santé
3. Renforcer la formation par l'intégration des différentes dimensions de l'ANJE dans les programmes de formation des professionnels de santé
4. Renforcer les compétences des acteurs de terrains dans le domaine de l'ANJE
5. Renforcer le système de suivi/évaluation des activités de l'ANJE
6. Renforcer l'implication des associations et communautés dans les activités de promotion et de soutien des services d'ANJE à l'échelle national (partenariat structures de santé et structures communautaires pour une amélioration de la couverture en services d'ANJE : PISA- GASPA)

Indicateur 3 : Mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Question centrale: Le Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et les résolutions ultérieures de l'AMS sont-ils mis en œuvre et en vigueur? De nouvelles actions ont-elles été entreprises pour mettre en œuvre les dispositions du Code? (voir Annexes 3.1, 3.2)

Directives pour la notation	
Critères (mesures légales en place dans le pays)	Score
3a : Etat du Code international de commercialisation	
3.1 Aucune action effectuée	0
3.2 La meilleure approche est en cours d'étude	0.5
3.3 Mesures nationales en cours d'examen pour autorisation (mais pas depuis plus de 3 ans)	1
3.4 Peu d'articles du Code en mesures volontaires	1.5
3.5 Tous les articles du Code en mesures volontaires	2
3.6 Une directive administrative de mise en œuvre totale ou partielle du Code dans les services de santé, avec des sanctions administratives	3
3.7 Loi couvrant certains articles du Code	√ 4
3.8 Loi couvrant toutes les articles du Code	5
3.9. Les dispositions pertinentes des résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) sont incluses en législation nationale	
a. Inclusion de dispositions basées sur au moins 2 des résolutions de l'AMS, listées ci-dessous.	5.5
b. Inclusion de dispositions basées sur toutes les 4 résolutions de l'AMS, listées ci-dessous.	6
3.b Mise en œuvre du Code/ législation nationale	
3.10 La mesure en place/ la loi prévoit un système de suivi.	1
3.11 La mesure en place prévoit des pénalités et des amendes pour les fabricants et/ou les personnes et/ou institutions qui ont transgressé le Code	√ 1
3.12 Le respect de la mesure est suivi et les violations sont documentées et rapportées aux instances concernées.	√ 1
3.13 Des sanctions ont été prises contre ceux ayant transgressés le Code au cours des trois dernières années.	1
Score total (3a + 3b).	6/10

Sources d'information:

- Décret N°93-279/PRES/SASF/MICM portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel du 27 septembre 1993

2. State of the CODE by country, 2014
3. Evaluations de la mise en œuvre du Code au Burkina, 2011 ; 2015

Conclusions:

Le Burkina Faso, à travers l'adoption le 27 septembre 1993 du Décret N°93-279/PRES/SASF/MICM portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel, a mis en œuvre partiellement le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel, qui est en vigueur depuis 1993.

Pour mesurer l'application effective du décret, une surveillance a été entreprise sur le terrain. Il a été constaté des infractions notamment au niveau de la promotion au grand public, dans les services de santé et sur les étiquetages des produits.

De plus, avec la mise en œuvre du programme national de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME/VIH), il s'avérait nécessaire de conformer les dispositions dudit décret avec les dispositions nationales du programme PTME afin de prendre en compte les dispositions pertinentes des résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et des nouvelles recommandations OMS/UNICEF.

A cet effet, un processus de révision de ce décret a été initié depuis novembre 2003. Il faut noter qu'en dépit des nombreuses actions de plaidoyer, cette procédure de révision n'a pas abouti jusqu'en 2014.

Cependant, il est prévu dans le cadre de la mise en œuvre du plan de passage à l'échelle ANJE du Burkina 2013 -2025 de faire la relecture et l'adoption d'une nouvelle législation portant sur le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel au Burkina Faso « D'ici fin 2016, une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est fonctionnel ».

Insuffisances:

1. Le Code n'est traduit en loi au Burkina
2. Le décret de code actuel ne prévoit pas un système de suivi
3. Insuffisance d'information des acteurs de la mise en œuvre du Décret national et du Code International et des textes y relatifs ;
4. Il n'existe pas de textes d'application du décret définissant les aspects techniques ou les sanctions encourues en cas de non-respect.
5. Les sanctions prévues par le décret ne sont pas effectivement appliquées aux fabricants et/ou personnes et/ou institutions qui violent le décret du Code.

Recommandations :

1. Entreprendre des actions de plaidoyer pour relancer la révision du décret 93-279 en prenant en compte les diverses résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) visant à préciser et renforcer le Code international.

2. Mettre en place un comité de relecture de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
3. Organiser un atelier de validation de la version revue du décret ministériel de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
4. Entreprendre des actions de plaidoyer pour l'adoption des textes d'application du Décret;
5. Organiser une session de plaidoyer en direction du parlement pour l'adoption de la loi comme version revue de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
6. Former les acteurs de la mise en œuvre du CICSLM et du Décret de 1993 au niveau des institutions publiques, du secteur privé (Pharmaciens, Cliniques médicales, etc.) et de la société civile (Associations de défense des consommateurs, ...)
7. Assurer un suivi régulier périodique du respect des réglementations et lois en matière de commercialisation des SLM ;
8. Entreprendre des activités d'IEC sur la réglementation de la commercialisation des SLM.

Indicateur 4 : Protection de la maternité

Question centrale: *Existe-t'il une législation et y a-t'il d'autres mesures (politiques, réglementations, pratiques) qui répondent ou vont au-delà des normes du Bureau International du Travail (BIT) pour protéger et soutenir l'allaitement en faveur des mères, y compris celles qui travaillent dans le secteur informel (voir annexe 4) ?*

Directives pour la notation	
Critères	Notation ✓ Cocher ce qui convient
4.1) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit au nombre de semaines de congé maternité qui suit: Tout congé de moins de 14 semaines De 14 à 17 semaines De 18 à 25 semaines 26 semaines ou plus	0.5 ✓ 1 1.5 2
4.2) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit à au moins une pause allaitement ou à une réduction du nombre d'heures travaillées. a. Pause non rémunérée b. Pause rémunérée	0.5 ✓ 1
4.3) La législation oblige les employés du secteur privé à (plus d'un cas de figure peut s'appliquer): a. Accorder au moins 14 semaines de congé maternité	✓ 0.5

b. Des pauses allaitement rémunérées	✓ 0.5
4.4) La législation nationale inclut des mesures pour l'allaitement et/ou la garde des enfants sur le lieu du travail, dans le secteur formel (plus d'une mesure peut s'appliquer) : a. Des espaces pour allaiter / exprimer son lait b. Des Crèches	1 0.5
4.5) Les femmes dans le secteur informel/ non organisé, et dans le domaine de l'agriculture, ont: a. Le droit à certaines mesures de protection b. Le droit aux mêmes mesures de protection que les femmes qui travaillent dans le secteur formel.	0.5 1
4.6) (plus d'une mesure peut s'appliquer) a. Les informations sur les lois, réglementations, ou politiques relatives à la protection de la maternité, sont mises à la disposition des travailleurs b. Il existe un système de suivi du respect des dispositions nationales, et une voie de recours pour les travailleuses pour réclamer leurs droits lorsqu'ils ne sont pas respectés.	0.5 ✓ 0.5
4.7) Le congé paternité dans le secteur public est de 3 jours minimum.	✓ 0.5
4.8) Le congé paternité dans le secteur privé est de 3 jours minimum.	✓ 0.5
4.9) Il existe une législation qui protège la santé des employées enceintes ou allaitantes: elles sont informées des conditions dangereuses sur le lieu de travail; elles bénéficient également d'un travail alternatif pour le même salaire jusqu'à ce qu'elles ne soient plus enceintes ou cessent d'allaiter.	✓ 0.5
4.10) Il existe une législation interdisant la discrimination à l'emploi et assurant la protection de l'emploi pour les femmes travailleuses pendant la période d'allaitement.	✓ 1
Score total :	6/10

Sources d'information

1. Code du travail Burkina Faso, Loi n°028-2008/AN du 13 mai 2008, septembre 2008
2. Direction de la santé de la famille (DSF)

Conclusions

Des efforts considérables avaient été faits pour que la protection de la maternité soit une réalité à travers l'octroi d'un congé de maternité payé de 14 semaines avec des dispositions spéciales pour les cas particuliers, ainsi que l'octroi de pause - allaitement de 1 heure et demi par jour pendant 15 mois.

Insuffisances:

1. Réduction de la période concernée par les pauses-allaitement de 15 à 14 mois remettant en cause un important acquis.
2. Absence d'espaces allaitement aménagés dans les lieux de travail

Recommandations

1. Plaidoyer pour ramener la durée des pauses d'allaitement à 15 mois au moins ;
2. Plaidoyer pour la création/aménagement des lieux d'allaitement dans les services ;

Indicateur 5: Le système de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'ANJE)

Question centrale: Les prestataires de soins de santé bénéficient-ils d'une formation professionnelle axée sur les compétences, et leur programme de formation initiale soutient-il l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ? Les services de soins de santé soutiennent-ils les mères et des pratiques d'accouchement/ autour de la naissance favorables à l'allaitement ? Les politiques des services de soins de santé soutiennent-elles les mères et les enfants ? et les responsabilités des agents de santé vis-à-vis du Code sont-elles déterminées? (Voir Annexes 5.1 et 5.2)

Critères	Notation ✓ Cocher ce qui convient		
	Approprié	Pas approprié	Pas de référence
5.1) Un examen des écoles et des programmes de formation initiale des prestataires de soins de santé et des travailleurs sociaux et communautaires dans le pays révèle que les curricula ou plans de sessions de formation en l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont adéquats ou non.	2	✓ 1	0
5.2) Les normes et les directives concernant les procédures d'accouchement et le soutien « mother-friendly » (favorables aux mères) ont été élaborées et diffusées au niveau de toutes les formations sanitaires ainsi qu'auprès des prestataires de service de maternité. (voir Annexe 5b : exemple de critères pour « mother-friendly care » ou « les soins favorables aux mères »)	✓ 2	1	0
5.3) Il existe des programmes de formation en cours de carrière dispensant des connaissances et compétences sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aux prestataires de soins de santé et de nutrition concernés ⁴	✓ 2	1	0
5.4) La formation des agents de santé à travers le pays comprend une composante relative à leurs responsabilités dans la mise en œuvre et le respect du Code international et de la législation nationale.	1	✓ 0.5	0
5.5) Les programmes de formation comprennent le développement adéquat des connaissances et des compétences relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, avec un accent particulier sur les thématiques pertinentes les maladies diarrhéiques, les IRA, la PCIME, les soins de l'enfant sain, le planning familial, la nutrition, le Code, le VIH/Sida, le cancer du sein, la santé de la femme, les maladies non transmissibles, etc.	1	✓ 0.5	0

5.6 Ces programmes de formation continue/ en cours de carrière, mentionnés dans 5.5 sont offerts, dans tout le pays ⁵	✓ 1	0.5	0
5.7) Les politiques relatives à la santé de l'enfant stipulent que les mères et les bébés doivent rester ensemble lorsque l'un d'entre eux est malade.	✓ 1	0.5	0
Score total :	8/10		

Sources d'information utilisées:

1. Les programmes de formation des agents de santé (programme de formation des Sages-femmes et Maïeuticiens d'états, révisé en 2012)
2. Les documents de politiques, normes et protocoles en santé de la reproduction (DSF en 2013)
3. Les modules de formations continues des prestataires des services de santé (Ministère de la sante /DN en Mars 2015)

Conclusions:

Les PNP ainsi que les programmes de formation accordent une place importante à l'ANJE, Cependant les contenus des programmes ne prennent pas en compte tous les aspect de l'ANJE, d'où la nécessité d'une réactualisation. Les volumes horaires accordés ne permettent pas d'aborder toutes les dimensions de l'ANJE.

Insuffisances :

1. Les contenus des programmes de formation ne prennent pas en compte tous les aspects de l'ANJE
2. Insuffisance de matériel didactique pour l'exécution des programmes de formation sur l'ANJE
3. Lacunes du programme de formation de base par rapport au CICS LM

Recommandations::

1. Intégrer l'ANJE dans les différents programmes de formation initiale et continue des agents de santé
2. Recycler périodiquement les prestataires des services de santé selon l'évolution des connaissances dans le domaine de l'ANJE.

Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes

Question clef:? *Existe-t-il des systèmes de soutien et d'assistance communautaire aux mères pour protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant (voir Annexe 6)?*

Directives pour la notation			
Critères	Notation ✓ Cocher ce qui convient		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
6.1) Toutes les femmes enceintes ont accès à des systèmes de soutien prénatal et postnatal à base communautaire, qui comprennent des services de conseil/ counseling, en matière d'ANJE	2	✓ 1	0
6.2) A la naissance, toutes les femmes reçoivent du soutien en matière d'ANJE pour initier l'allaitement.	2	✓ 1	0
6.3) Toutes les femmes ont accès à du conseil/counseling en ANJE et les services de conseil et de soutien ont une couverture nationale.	2	✓ 1	0
6.4) Le conseil/counseling à base communautaire via les groupes de soutien aux mères, et les services de soutien aux femmes enceintes et allaitantes sont intégrés dans une politique globale sur le développement et la santé de l'enfant /l'ANJE/ la nutrition.	✓ 2	1	0
6.5) Les bénévoles et les agents de santé basés au niveau communautaire sont formés sur les compétences en conseil/counseling pour l'ANJE	2	✓ 1	0
Score total :	6/10		

Sources d'information utilisées:

1. Ministère de la Santé/Direction de la Nutrition/ Service Prévention
2. Document de projet "Accélération de la réduction de la malnutrition à travers un paquet intégré de services de prévention et de prise en charge dans la Région du Plateau Central: KOMBI ZOA (ami(e) des petits enfants)" du consortium APAIB/IBFAN/ACF, 2013-2014

Conclusions

le Gouvernement du Burkina s'est doté d'un plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (2013 –2025) qui se traduit, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers en nutrition, par :

- la mise en œuvre d'un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA) dans 5 régions du Burkina avec une extension progressive aux autres régions du Burkina;
- Le renforcement des capacités des prestataires de santé pour la mise en œuvre effective du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA) à travers les contacts déjà existants de santé maternelle et infantile ;
- le renforcement des capacités des acteurs communautaires (OBCE et ASC et PRV) en matière d'ANJE ;
- l'organisation des femmes bénéficiaires en Groupes d'Apprentissage et de Suivi des pratiques

optimales d'ANJE ou GASPA) qui touchent pour le moment deux (2) régions du Burkina (Plateau Central et le Nord) ; ce qui représente une étape importante en matière de soutien et d'assistance communautaire aux mères.

- le renforcement des connaissances des femmes à travers la mise en œuvre de l'Approche Intégrée de Changement de Comportement pour le Bien-être de la Famille » qui prend en compte les aspects WASH et nutrition.

Des efforts importants ont été consentis pour favoriser une amélioration de cet indicateur (mise en œuvre de projets de promotion des pratiques optimales d'ANJE, renforcement des capacités des acteurs de terrain sur l'ANJE). On relève néanmoins des insuffisances dans la délivrance de ces services de soutien et une faible couverture de l'Approche des groupes de soutien mère à mère que sont les Groupes d'Apprentissage et de Suivi des pratiques optimales d'ANJE (GASPA).

Insuffisances:

1. L'insuffisance dans l'exécution des activités et dans la qualité des prestations chez certains agents. Par exemple, les services de soutien ne sont pas fournis systématiquement par les prestataires de santé (mise au sein précoce, allaitement exclusif) surtout après l'accouchement
2. Insuffisance dans le suivi des activités communautaires
3. Certaines régions ne sont pas encore couvertes par la mise en œuvre des activités de l'ANJE

Recommandations :

1. Conduire des activités de sensibilisation pour les agents de santé afin de rendre effectif les conseils en matière d'ANJE non seulement pendant la grossesse mais aussi après l'accouchement,
2. Accroître la qualité des services de soutien,
3. Mettre à l'échelle la formation en ANJE et la mise en place des groupes de soutien comme les GASPA.

Indicateur 7: Appui en information

Question clef: *Des stratégies complètes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) pour l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement et alimentation de complément) sont-elles mises en œuvre? (voir annexes 7.1 et 7.2)*

Directives de notation			
Critères	Notation ✓ Cocher ce qui s'applique		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
7.1) Il existe une stratégie nationale d'IEC pour améliorer l'ANJE, qui s'assure que toute information et matériels didactiques soient dénués d'influences commerciales / les conflits d'intérêt potentiels sont évités.	2	✓ 0	0
7.2a) Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent le conseil/ counseling individuel sur l'ANJE.	✓ 1	0.5	0
7.2b) Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent l'éducation et les services de conseil/counseling de groupe sur l'ANJE.	✓ 1	0.5	0
7.3) Le matériel didactique IEC sur l'ANJE est objectif, cohérent et conforme aux recommandations nationales et/ou internationales et inclut des informations sur les risques de l'alimentation artificielle.	✓ 2	1	0
7.4. Des programmes IEC (comme par exemple la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel SMAM) qui incluent l'ANJE sont mis en œuvre au niveau local et sont dénués d'influence commerciale.	✓ 2	1	0
7.5 Le matériel et les messages IEC incluent de l'information sur les risques de l'alimentation artificielle, conformes aux directives OMS/FAO sur la préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons	✓ 2	0	0
Score total :	8/10		

Sources d'information utilisées: Veuillez citer les sources d'information :

1. Annuaire statistique 2014, Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sanitaires (DGESS)
2. Plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE 2013-2025
3. Rapport évaluation nationale WBTi au Burkina Faso, novembre 2012

Conclusions :

- Existence des outils et supports de communication/IEC et de formation continue
- Renforcement des compétences/capacités des acteurs sur l'ANJE
- Existence des services de conseils individuels et d'éducation collective sur l'ANJE au niveau des formations sanitaires et à travers l'approche communautaire
- Contractualisation avec les OBCE pour l'IEC/CCC sur l'ANJE au niveau communautaire
- Disponibilité des supports pour le suivi individuel des enfants sur l'ANJE

Insuffisances:

1. Il n'existe une stratégie nationale d'IEC pour améliorer l'ANJE, qui s'assure que toute information et matériels didactiques soient dénués d'influences commerciales / les conflits d'intérêt potentiels sont évités.
2. Absence de financement pour le plan de communication multimédia au niveau national d'appui aux activités communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE
3. Insuffisance dans la diffusion des messages sur l'ANJE
4. Faible motivation de certains acteurs communautaires (ONGs Rencap, OBCE, ASBC, PRV...)
5. Certains outils et supports de communication sont peu ou pas adaptés (conçus en français) avec le faible niveau d'instruction de certains acteurs clés impliqués dans la promotion de l'ANJE

Recommandations:

- 1- Assurer la mise en œuvre effective des conseils individuels et de groupes par les prestataires
- 2- Mener le plaidoyer pour le financement du plan de communication sur la nutrition vs ANJE
- 3- Renforcer l'IEC individuel sur l'ANJE
- 4- Faire le plaidoyer pour une adaptation (traduction) de certains outils et supports de communication/sensibilisation (boîte à image, dépliants...) en langues locales
- 5- Editer et diffuser à un rythme semestriel un bulletin d'information sur l'ANJE
- 6- Intensifier la diffusion des messages audiovisuels sur l'ANJE et dans les principales langues nationales
- 7- Renforcer les compétences des agents de santé et OBCE en matière d'ANJE
- 8- Mener le plaidoyer pour un renforcement et une harmonisation de la motivation financière des ASBC et PRV sur le plan national

Indicateur 8: Alimentation infantile et VIH

Question clef: Existe-t'il des politiques et programmes pour soutenir les mères VIH positives en matière de recommandations nationales sur l'alimentation infantile?

Directives pour la notation			
Criteria	Résultats		
	<input checked="" type="checkbox"/> Cocher ce qui convient		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
8.1) Le pays dispose d'une politique cohérente et actualisée conforme aux directives internationales sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, qui inclut l'alimentation infantile et le VIH.	✓ 2	1	0
8.2) La politique sur l'alimentation infantile et le VIH respecte le Code international/ la législation nationale	✓ 1	0.5	0
8.3) Les agents de santé et les agents communautaires reçoivent une formation sur les politiques en matière de VIH et d'alimentation infantile, les risques liés aux différentes options d'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives, et sur les manières de fournir du conseil (counseling) et du soutien.	1	✓ 0.5	0
8.4) Le counseling et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH sont disponibles et systématiquement fournis aux couples envisageant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires.	1	✓ 0.5	0
8.5) Le counseling en matière d'alimentation infantile conforme aux recommandations internationales et adapté au contexte local est dispensé aux mères séropositives.	1	✓ 0.5	0
8.6) Les mères sont soutenues dans la mise en œuvre des pratiques d'alimentation infantile recommandées au niveau national, avec d'avantage de conseil/counseling et de suivi, pour rendre la mise en œuvre de ces pratiques aussi faisable que possible.	1	✓ 0.5	0
8.7) Les mères séropositives allaitantes, et soutenues via l'approvisionnement d'ARV selon les recommandations nationales sont suivies et soutenues pour s'assurer de leur adhésion à la prise des ARV.	✓ 1	0.5	0
8.8) Au sein de la population générale, des efforts particuliers sont faits pour contrer la désinformation sur le VIH et l'alimentation infantile, et pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois et la poursuite de l'allaitement.	1	✓ 0.5	0
8.9) Un suivi continu est mis en place pour déterminer les impacts des interventions pour prévenir la transmission du VIH via l'allaitement sur les pratiques d'alimentation infantile et les conséquences globales sur la santé pour les mères et les nourrissons.	1	✓ 0.5	0
Total Score:	7/10		
Sources d'information :			

1. Guide d'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH, Direction de la Nutrition (DN), 2012
2. Programme National de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015 PTME, Direction de la Santé et de la Famille (DSF), révisé en Septembre 2014

Conclusions:

- Existence d'une politique nationale de nutrition, qui prend en compte les directives de la « Déclaration consensuelle de la consultation technique de l'OMS sur le VIH et l'alimentation infantile ».
- Existence d'un programme pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME/VIH) mis en œuvre au plan national
- Existence d'un guide pour l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH donnant les informations nécessaires pour un soutien aux mères dans le choix d'une alimentation adéquate et adaptées du nourrisson
- Renforcement des capacités/compétences des prestataires de soins sur la thématique

Cependant, force est de constater que beaucoup d'acteurs du fait du manque de synergie d'action des différents intervenants dans le domaine de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ne sont pas très informés de ces directives, d'où une faible application de ces textes.

Par ailleurs,

- les aspects tels que la protection de l'allaitement dans les lieux du travail et la protection de la nutrition, de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants contre les menaces dues à des circonstances difficiles telles que les situation d'urgences graves (répondre aux besoins nutritionnels de ces enfants par des moyens adaptés à leur situation particulière) sont relativement sont peu développés/vulgarisés sinon occultés à tous les niveaux
- des efforts particuliers sont faits pour contrer la désinformation sur le VIH et l'alimentation infantile au sein de la population générale, mais des gaps persistent encore en matière de promotion, protection et soutien à l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois et la poursuite de l'allaitement dans le contexte du VIH

Insuffisances:

1. Il existe une faible application des directives par les prestataires de soins dans le cadre du counseling en matière d'alimentation infantile conforme aux recommandations internationales et adapté au contexte local est dispensé aux mères séropositives et le soutien aux mères dans la mise en œuvre des pratiques d'alimentation infantile recommandées au niveau national, avec d'avantage de conseil/counseling et de suivi, pour rendre la mise en œuvre de ces pratiques aussi faisable que possible
2. La formation sur les politiques en matière de VIH et d'alimentation infantile, les risques liés aux différentes options d'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives, et sur les manières de fournir du conseil (counseling) et du soutien couvre peu d'agents de santé et concerne peu ou

pas les agents de santé communautaires

3. Le counseling et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH sont disponibles mais ne sont systématiquement fournis aux couples envisageant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires.
4. Le dispositif de suivi continu mis en place pour déterminer les impacts des interventions pour prévenir la transmission du VIH via l'allaitement sur les pratiques d'alimentation infantile et les conséquences globales sur la santé pour les mères et les nourrissons est peu performant.

Recommandations:

1. Renforcer les actions d'IEC sur l'ANJE dans le contexte du VIH et dans les circonstances difficiles à l'endroit du grand public
2. Développer et intégrer un thème dans la boîte à image des ASBC sur l'ANJE dans le contexte du VIH
3. Renforcer la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
4. Former et mettre à niveau le personnel de santé et les agents de santé communautaires sur les politiques en matière de VIH et alimentation infantile afin qu'ils assurent le relai au sein de la communauté dans l'accompagnement des mères pour une alimentation optimale de leurs enfants
5. Rendre systématique le counseling et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH aux couples désirant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires.
6. Renforcer le soutien aux mères séropositives ainsi qu'à leur famille en élargissant les conseils adaptés en matière d'ANJE et VIH
7. Renforcer et rendre opérationnel le dispositif de suivi continu qui est mis en place pour déterminer les impacts des interventions en matière de prévention de la transmission du VIH via l'allaitement sur les pratiques d'alimentation infantile et les conséquences globales sur la santé pour les mères et les nourrissons.

Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence

Question Clef : *Existe-t'il des politiques et programmes appropriés pour s'assurer que les mères, les nourrissons et les jeunes enfants bénéficieront de protection et soutien appropriés pendant les situations d'urgence ?*

Directives pour la notation			
Critères	Notation		
	✓ Cocher ce qui convient		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
9.1) Le pays dispose d'une politique cohérente en matière d'ANJE qui inclut l'alimentation infantile dans les urgences et contient tous les éléments inclus dans le document « Directives opérationnelles sur l'ANJE dans les situations d'urgence »	✓ 2	1	0
9.2) La (les) personne(s) ou l'équipe chargée(s) de la responsabilité de la coordination nationale en matière d'ANJE dans les situations de crise avec tous les partenaires concernés, tels que l'ONU, les bailleurs de fond, les militaires, et les ONG, a (ont) été nommée(s).	✓ 2	1	0
9.3) Un plan de préparation aux urgences, basé sur les points pratiques des Directives opérationnelles, a été élaboré et mis en œuvre dans les situations de crise les plus récentes, et couvre :			
a) des interventions de base et techniques pour créer un environnement favorable à l'allaitement, qui incluent le « counseling » conseil par des personnes formées de manière appropriée, le soutien à la relactation et à l'alimentation par une nourrice, et des espaces protégés pour l'allaitement.	1	✓ 0.5	0
b) Des mesures pour minimiser les risques de l'alimentation artificielle, qui incluent une prise de position officiellement approuvée sur l'évitement des dons de substituts de lait maternel de biberons et de tétines, ainsi que des procédures standards pour gérer les dons non sollicités, et pour gérer l'approvisionnement et l'utilisation de toute préparation pour nourrisson/ lait artificiel et substitut de lait maternel, en conformité avec des critères strictes, les Directives opérationnelles, et le Code international et résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS.	✓ 1	0.5	0
9.4) Des ressources ont été allouées pour la mise en œuvre du plan de préparation et de réponse dans les situations de crise.	2	✓ 1	0
9.5) a) Un matériel didactique approprié pour l'orientation et la formation sur l'ANJE dans les situations d'urgences a été intégré dans la formation initiale et la formation continue du personnel responsable de la gestion des situations de crise et du personnel de santé concerné.	1	0.5	✓ 0
b) L'orientation et la formation ont lieu selon le plan national de préparation et de réponse aux situations d'urgence.	1	0.5	✓ 0
Score total :	6,5/10		

Sources d'information :

1. Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes 2015-2016
2. Plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE 2013 - 2025

Conclusions :

Le Gouvernement a mis en place un dispositif de gestion des urgences en créant le Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR) doté d'un secrétariat permanent et d'un Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes. Le CONASUR composé de 13 secteurs dont le secteur nutrition, est accompagné dans ses interventions par plusieurs agences et entités du système des nations unies. Ce sont : UNICEF, OCHA, le PNUD, la FAO, le PAM, l'OMS, l'UNFPA, UN/Habitat. L'identification des situations d'urgence potentielles et des mesures de gestion et de réduction de risques dans le plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes révisé du 22 au 25 juin 2015 intègre des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau du secteur nutrition. Ainsi, des expériences dans ce domaine sont inexistantes au Burkina Faso sauf le cas des réfugiés maliens en 2012 où des activités de sensibilisation pour la protection et la promotion des pratiques d'ANJE ont été très peu développées. Il faut noter aussi que les différents acteurs au niveau des structures sanitaires et communautaires n'ont aucune expérience dans la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence.

Insuffisances:

1. Insuffisance dans le financement du Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes
2. Manque de compétences des différents acteurs au niveau des structures sanitaires et communautaires dans la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence
3. Elaborer et reproduire un outil pratique sur la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence

Recommandations:

1. Mobiliser des fonds pour le financement du Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes
2. Former les différents acteurs au niveau des structures sanitaires et communautaires dans la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence

Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation

Question clef : *Existe-t'il des systèmes de suivi et d'évaluation pour la collecte, l'analyse et l'utilisation systématiques de données pour améliorer les pratiques d'ANJE?*

<i>Directives de notation</i>			
Critères	Notation		
	✓ Cocher ce qui convient		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
10.1) Les composantes de suivi et d'évaluation ont été intégrées dans les principales activités des programmes ANJE.	✓ 2	1	0
10.2) Les données/ l'information sur les progrès en matière de mise en œuvre de programme ANJE sont utilisées par les responsables de programme pour guider la planification et les décisions en matière de répartition des ressources.	2	✓ 1	0
10.3) Les données sur les progrès en matière de mise en œuvre des activités des programmes sur l'ANJE sont collectées de manière régulière au niveau national et sous-national (régional ou autre).	✓ 2	1	0
10.4) Les données/ l'information relative(s) aux progrès des programmes ANJE sont partagés avec les principaux décideurs.	✓ 2	1	0
10.5) Le suivi des pratiques de l'ANJE est intégré au sein du système national de surveillance, et/ou le système d'information sanitaire, ou les enquêtes nationales de santé.	✓ 2	1	0
Score total :	09/10		

Sources d'information :

1. Annuaire statistique 2014, Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sanitaires (DGESS)
2. Plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE 2013 – 2025
3. Rapport évaluation nationale WBTi au Burkina Faso, novembre 2012

Conclusions :

Les enquêtes nationales constituent les principales de sources de données pour le suivi de l'ANJE

Insuffisances:

1. Insuffisance dans la supervision/suivi des activités d'ANJE au niveau opérationnel (DS et CSPS)
2. Les données sur l'ANJE sont peu renseignées/collectées dans le système national de l'information sanitaire (ENDOSS)
3. Les données communautaires sur l'ANJE collectées ou rapportées par les OBCE sont peu ou pas

prises en compte dans les données des formations sanitaires

4. Le support de collecte des données au niveau communautaire est peu fourni en informations sur l'ANJE
5. Les acteurs au niveau communautaire n'utilisent pas un support harmonisé pour la collecte et la gestion de l'information sur l'ANJE

Recommandations:

1. Renforcer la supervision/suivi des activités d'ANJE au niveau des DS et CSPS
2. Reviser le support de collecte des données au niveau CSPS et communautaire et intégrer plus d'indicateurs sur l'ANJE en lien avec les indicateurs du plan national ANJE
3. Harmoniser la méthodologie de collecte des données et le type d'indicateurs par tous les acteurs à travers l'utilisation d'un même support de collecte des données
4. Faire le plaidoyer pour la collecte effective des données relatives à l'ANJE dans le SNIS à tous les niveaux
5. Mener le plaidoyer pour l'intégration et le suivi régulier des indicateurs ANJE communautaires dans les supports de collecte et de traitement de l'information sanitaire (RMA, ENDOSS....)

Partie II: Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La partie II demande à fournir des données numériques spécifiques sur chaque pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il est recommandé aux utilisateurs de cette évaluation d'utiliser des données d'enquêtes de ménage à échantillonnage aléatoire d'envergure nationale⁶

Les données ainsi collectées sont intégrées dans une copie imprimée de l'outil web. La performance enregistrée par rapport à l'indicateur spécifique est alors évaluée et notée c'est-à-dire Rouge, Jaune, Bleu ou Vert. Les limites d'inclusion pour chaque niveau de performance ont été systématiquement sélectionnées sur la base d'une analyse des performances antérieures en ce qui concerne ces indicateurs dans des pays en développement. Ceux-ci sont incorporés à partir de l'outil de l'OMS.

La définition des différents indicateurs quantitatifs proviennent du document OMS « Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant » 2008, disponible sur http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596663_fre.pdf?ua=1 (Annex 10.1)

⁶ Une des sources de données généralement de haute qualité est l'Enquête Démographie et de Santé (EDS ou DHS en anglais) (4). Ces enquêtes EDS sont menées en collaboration avec Macro International et des centres de recherche nationaux, avec le soutien de USAID. Si cette source de données est utilisée, cela facilite la comparaison de données entre les pays. D'autres sources de données incluent : les Enquêtes à Indicateurs Multiples MICS de l'UNICEF (5), et la banque de données mondiale de l'OMS sur l'allaitement (6).

Indicateur 11 : Initiation précoce de l'allaitement au sein

Question clef : *Quel est le pourcentage de bébés allaités dans l'heure qui suit la naissance ?*

Définition de l'indicateur : proportion d'enfants nés les derniers 24 mois qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance

Directive

Indicateur 11	Grille de notation adaptée de l'outil OMS (voir Anex 11.1)	Directive IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Initiation de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance) (41.6%)	0.1-29%	3	Rouge
	29.1-49%	6	Jaune
	49.1-89%	9	Bleu
	89.1-100%	10	Vert

Source : Enquête Nutritionnelle National (SMART) 2014, Ministère de la Sante, Burkina Faso

Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois

Question clef : *Quel est le pourcentage de bébés 0<6 mois exclusivement allaités au cours des 24 dernières heures ?*

Définition de l'indicateur : Allaitement exclusif pendant 6 mois : Proportion d'enfants de 0 à 5 mois qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel

Directive :

Indicateur 12	Grille de notation adaptée de l'outil OMS (voir Annexe 11.1)	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Allaitement exclusive (au cours des 6 premiers mois) (50.1%)	0.1-11%	3	Rouge
	11.1-49%	6	Jaune
	49.1-89%	9	Bleu
	89.1-100%	10	Vert

Source : Enquête Nutritionnelle National (SMART) 2014, Ministère de la Sante, Burkina Faso

Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement

Question clef : *Quelle est la durée médiane de l'allaitement en mois ?*

Directives :

Indicateur 13	Grille de notation adaptée de l'outil OMS (voir Annexe 11.1)	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
Durée médiane de l'allaitement (23.8 mois)		Points	Notation colorimétrique
	0.1-18 Mois	3	Rouge
	18.1-20 "	6	Jaune
	20.1-22 "	9	Bleu
	22.1- 24 ou au-delà "	10	Vert

Sources : EDS 2010

Indicateur 14 : Alimentation au biberon

Question centrale : *Quel est le pourcentage de bébés allaités entre 0 et 12 mois, qui reçoivent d'autres aliments ou boissons (y compris le lait maternel) par le biais de biberons ?*

Définition de l'indicateur : *Proportion d'enfants âgés de 0 à 12 mois nourris au biberon*

Directives :

Indicateur 14	Grille de notation adaptée de l'outil OMS (voir Annexe 11.1)	IBFAN Asia Guideline for WBTi Directives IBFAN Asie pour WBTi	
Alimentation au biberon (< 12 mois) (1.2%)		Points	Notation colorimétrique
	29.1-100%	3	Rouge
	4.1-29%	6	Jaune
	2.1-4%	9	Bleu
	0.1-2%	10	Vert

Source : EDSBF-MICS IV, 2010

Indicateur 15: Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous

Question centrale : *Quel est le pourcentage de bébés allaités qui reçoivent des aliments de complément à 6-8 mois ?*

Définition de l'indicateur : *Proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous*

Directives

Indicateur 15	<i>Grille de notation adaptée de l'outil OMS (voir Annexe 11.1)</i>	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
Alimentation de complément (6-8 mois) (59%)	<i>Grille de notation</i>	<i>Points</i>	<i>Notation colorimétrique</i>
	0.1-59%	3	Rouge
	59.1-79%	6	Jaune
	79.1-94%	9	Bleu
	94.1-100%	10	Vert

Source : Enquête Nutritionnelle National (SMART) 2014, Ministère de la Sante, Burkina Faso

Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes

Cibles :	Score (sur 10)
Indicateur 1 : Politique nationale, programme et coordination	4
Indicateur 2 : Initiative Hôpitaux Amis des Bébé	0.5
Indicateur 3 : Mise en œuvre du Code International	6
Indicateur 4 : Protection de la maternité	6
Indicateur 5 : Systèmes de soins de santé et de nutrition	8
Indicateur 6 : Soutien de mères et assistance communautaire	6
Indicateur 7 : Appui en informations	8
Indicateur 8 : Alimentation infantile et VIH	7
Indicateur 9 : Alimentation infantile en situations d'urgence	6.5
Indicateur 10 : Suivi et évaluation	9
SCORE	61/100

Directives IBFAN Asie pour le WB Ti

Les points totaux enregistrés pour les politiques et programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1-10) sont calculés sur 100 ; soit 61/100.

Scores	Notation colorimétrique
0 – 30.9	Rouge
31 – 60.9	Jaune
61 – 90.9	Bleu
91 – 100	Vert

Conclusions :

Les dix indicateurs relatifs aux politiques et programmes ANJE totalisent un score de 61 points sur 100 contre 65.5/100 lors de l'évaluation de 2012.

Même si la bande de la notation colorimétrique n'a pas variée, force est de constater que nous avons connu une régression. Ainsi par rapport à la dernière évaluation de 2012, nous avons perdu des points pour 5/10 indicateurs avec les indicateurs 1 et 2 où nous avons perdus respectivement 3 et 2.5 points. A contrario, nous avons engrangé des points dans 3 indicateurs avec 2.5 points pour l'indicateur 9, toute chose qui est à encourager. Et nous sommes restés stationnaires pour les indicateurs 4 et 6.

De l'analyse de ces 10 indicateurs pour cette évaluation, l'indicateur 10 relatif au suivi-évaluation vient en tête avec 9/10 même s'il n'est pas sans insuffisances.

A la suite nous avons les indicateurs 5 et 7 relatifs aux systèmes de soins de santé et de nutrition ainsi qu'à l'appui en informations qui enregistrent les meilleurs scores avec chacun 8/10, suivi de

l'indicateurs 8 portant sur l'alimentation infantile et VIH qui cumule 7/10 ; puis suit l'indicateur 9 sur l'alimentation infantile en situation d'urgence avec 6.5/10 ainsi que les indicateurs 3, 4 et 6 qui ont juste dépassés la moyenne avec 6/10 chacun pour lesquelles une attention doit être accordée davantage.

Enfin, au bas de l'échelle et par ordre décroissant les indicateurs 2 et 1 avec respectivement 4 et 0.5/10 à savoir les politiques nationales, programmes et coordination, et l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé qui constituent les domaines nécessitant plus d'investissement en raison de leur faible score. Ils représentent les indicateurs à problèmes et une attention particulière doit leur être accordée pour espérer un changement favorable des tendances de l'allaitement et par ricochet les indicateurs de l'ANJE au niveau national.

Ainsi nous osons croire que chacun des acteurs que nous sommes et dans nos domaines de responsabilités respectifs ne ménagerons aucun effort afin que les recommandations issues de cette analyse soient mises en œuvre pour le bonheur du couple mère-enfant.

Résumé Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Pratique ANJE	Résultat	Score
Indicateur 11 Initiation précoce de l'allaitement	41.6 %	6
Indicateur 12 Allaitement exclusif les 6 premiers mois	50.1 %	9
Indicateur 13 Durée médiane de l'allaitement	23.8 mois	10
Indicateur 14 Alimentation au biberon	1.2 %	10
Indicateur 15 Alimentation de complément	59 %	3
SCORE		38

IBFAN Asie Directives pour le WBTi

Les points totaux enregistrés pour les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 11-15) sont calculés sur 50.

Scores	Notation colorimétrique
0 – 15	Rouge
16 – 30	Jaune
31 – 45	Bleu
46 – 50	Vert

Conclusions :



De l'analyse de ces indicateurs issus de l'enquête SMART 2014 et de l'EDS 2010, nous obtenons un score de 38/50 points.

Ce score s'est nettement amélioré par rapport à l'évaluation de 2012 qui était de 35/50 points. Ce gain est fortement tributaire de l'indicateur 12 relatif à l'allaitement exclusif pour lequel nous sommes passés du simple au double (24.8 à 50.1%). Il faut mettre ces acquis à l'actif des stratégies et actions qui ont été développées. Toutefois, il faut noter que nous avons connu une régression, quoique minime, pour l'indicateur 11 et 14 portant respectivement sur l'initiation précoce à l'allaitement et l'alimentation au biberon, pour lesquels nous sommes passés de 42.1% et 0.2% selon l'EDS IV de 2010 à respectivement 41.6% et 1.2% selon la SMART 2014 soit un recul de 0.5 et 1%. Cette situation mérite qu'une attention lui soit accordée en ce sens que nous devons travailler à maintenir les acquis.

Plus spécifiquement et par indicateur, l'analyse nous montre que les indicateurs 13 et 14 portant respectivement sur la durée médiane de l'allaitement et l'alimentation au biberon sont largement satisfaisant en ce sens pour le premier, les enfants sont effectivement allaités jusqu'à l'âge de 23 mois comme le demande/recommande les pratiques optimales d'ANJE, même ces taux sont variables et disparates entre le milieu rural et urbain en témoigne les données de l'enquête SMART 2014. En effet la proportion d'enfants de 12 à 15 mois toujours allaités est de 94,7% sur le plan national et varie de 73,5% en milieu urbain (centre) à 100% en milieu rural (région). Pourquoi ces variations si importantes ?

Ces taux pourraient s'expliquer par le fait que :

- En milieu rural, les mères consacrent plus de temps pour l'allaitement en ce sens qu'elles sont régulièrement avec leur enfants jusqu'à l'âge de 2 ans et plus, d'autre part elles sont plus réceptives des directives et enseignements en matière d'ANJE ;
- A contrario, en milieu urbain, dominé par les mères intellectuelles, instruites et travailleuses aussi bien dans les secteurs formels que informels, les enfants sont moins allaités plus longtemps du fait de leur non disponibilité d'une part et d'autre part l'influence des publicités sur la CSLM et des considérations esthétiques pour certaines jeunes mères « garder les seins debout ». Aussi, à cela, il faut noter que la loi n°028-2008/AN du 13 mai 2008 du code de travail en son article 148, ne donne pas trop l'occasion et la motivation à ces mères en ville de poursuivre encore longtemps l'allaitement en lien avec la réduction de la période des pauses-allaitement de 15 à 14 mois couplé au manque de cadres aménagés dans les services publiques et privés pour l'allaitement.

Quant au deuxième indicateur, il reste satisfaisant en ce sens que la proportion des enfants nourris au biberon est de 1.2%. Toutefois, nous ne devons pas baisser la garde, et ce, en renforçant nos actions de sensibilisation et de formation afin de maintenir ces acquis.

Ces 2 indicateurs sont suivis de l'indicateur 12 totalisant 9 points avec un taux de 50.1%. Il convient de signaler que pour cet indicateur quoique à priori satisfaisant, force est de constater que des efforts restent à fournir en ce sens que la pratique de l'allaitement exclusif est fortement menacée/influencée par la persistance des pratiques et/ou considérations socioculturelles néfastes.

Le bas de l'échelle est occupé par les indicateurs 11 et 15 qui ne sont pas les moindre dans l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ces indicateurs sont, pour le taux d'initiation précoce à l'allaitement au sein de 41.6% et pour l'alimentation de complément de 59% avec

respectivement 6 et 3 points sur 10. S’agissant tous d’indicateurs comportementaux, il faut mentionner qu’ils sont fortement tributaires de la persistance de certaines pratiques traditionnelles qui gênent l’efficacité de leur conduite.

Pour l’initiation précoce à l’allaitement, ce pourcentage (41,6%) pourrait s’expliquer d’une part, par la persistance des accouchements à domicile⁷ toute chose qui échappe au contrôle des agents qualifiés pour faire appliquer les bonnes pratiques en la matière. D’autre part, il serait en lien avec les prestataires de soins, en ce sens que les femmes qui accouchent dans les services de santé ne bénéficient pas toutes et de façon systématique de l’initiation précoce à l’allaitement. Ceci pourrait s’expliquer par une faible motivation et/ou un manque de compétences de leur part.

Quant à l’indicateur 15 relatif à l’alimentation de complément, en plus de ces pratiques culturelles, nous pourrions noter entre autre le faible accès aux aliments de compléments adéquats et de qualité ; l’insuffisance de connaissance et compétence pour la préparation d’aliments de complément appropriés à domicile; la faible implication des hommes sur les questions d’ANJE (les hommes laissent le soin aux femmes de se préoccuper de la nutrition et de la santé des enfants et donc assistent rarement aux séances de sensibilisation) ainsi que la faible couverture des activités promotionnelles à base communautaire sur la promotion des bonnes pratiques d’ANJE pour ne citer que ces raisons.

Total Parties I et II (indicateurs 1-15) : ANJE - Pratiques, politiques et programmes

Les points totaux enregistrés pour les pratiques d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1-15) sont calculés sur 150. Les pays sont alors classifiés de la manière suivante :

Scores	Notation colorimétrique
0 – 45.5	Rouge
46 – 90.5	Jaune
91 – 135.5	Bleu
136 – 150	Vert

Total des points du pays selon les résultats de l’évaluation 2015: 99/150 soit le Bleu

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION GENERALE

Le Burkina Faso dispose d’une politique de nutrition depuis 2007 qui est en cours de révision. Egalement, sous le lead de la Direction de la nutrition, un plan de passage à l’échelle de la promotion des pratiques optimales d’ANJE 2013-2025 a été élaboré et validé en 2014. A la suite de la validation du plan, il a été organisé la formation des formateurs au niveau de 5 régions sanitaires concernées sur les 13 que compte le Burkina. Ensuite, des formations en cascades devront se faire au niveau de tous les soixante-trois (63) districts sanitaires du pays.

⁷ Le taux d’accouchement assisté est de 80,5% en 2013, selon l’annuaire statistique 2013

Même s'il n'existe pas un coordinateur national ANJE et un cadre statutaire spécifique et formel, un responsable ANJE est désigné au niveau de la Direction de la nutrition. Il existe également un sous-groupe thématique de réflexion sur l'ANJE qui se réunit une fois tous les deux (2) mois. Il faut également noter l'existence des programmes et guides spécifiques de nutrition tels le programme PTME/VIH, le guide sur l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH sans oublier la mise en place du dispositif de gestion des urgences avec la création du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR) doté d'un secrétariat permanent et d'un Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes composé de 13 secteurs, dont le secteur nutrition est accompagné dans ses interventions par plusieurs agences et entités du système des nations unies : UNICEF, OCHA, le PNUD, la FAO, le PAM, l'OMS, l'UNFPA, UN/Habitat.. En dépit de ces acquis, des insuffisances, souvent notoires, demeurent dans l'application de certains textes et directives.

Sur le plan national, dix-neuf (19) formations sanitaires ont reçu le label « hôpitaux amis des bébés » depuis les années 1990. Outre le programme « Initiative Hôpitaux Amis des Bébé » en déclin depuis plus d'une décennie, c'est aussi la mise en œuvre du code de commercialisation des substituts du lait maternel qui souffre, malgré l'adoption le 27 septembre 1993 du Décret N°93-279/PRES/SASF/MICM portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel. En ce sens que sa mise en œuvre se fait de façon partielle quoiqu'en vigueur depuis 1993 pour lequel le processus de révision initié depuis novembre 2003 est en cours avec comme objectif « D'ici fin 2016, une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est fonctionnel ». Toutefois, il faut noter que certains acquis demeurent et sont observables dans les formations sanitaires notamment l'application de certaines règles du code.

Aussi dans le cadre du renforcement des systèmes de santé et nutrition, l'APAIB a obtenu, grâce à son plaidoyer, l'introduction d'un module sur la gestion de la lactation dans les curricula de formation des agents de santé à l'ENSP même s'il faut penser à réactualiser les PNP et accorder un volume horaire suffisant pour prendre en compte les dimensions de l'ANJE. Des efforts considérables avaient été faits pour que la protection de la maternité soit une réalité à travers l'octroi d'un congé de maternité payé de 14 semaines avec des dispositions spéciales pour les cas particuliers, ainsi que l'octroi de pause - allaitement de 1 heure et demi par jour pendant 15 mois. Même si malheureusement, pour répondre aux exigences du patronat, le Ministère en charge du travail et des lois sociales a réduit la période concernée par les pauses-allaitement de 15 à 14 mois remettant en cause un important acquis.

La régularité des enquêtes nutritionnelles nationales (SMART) permet de disposer des données pour le suivi de l'ANJE.

De cette évaluation, il faut noter que nous avons enregistré 4 indicateurs en souffrance à savoir les indicateurs 2 (0.5/10 points) et 1 (4/10 points) en ce qui concerne les indicateurs traitant des politiques et programmes en matière d'ANJE, et les indicateurs 11 et 15, même si la moyenne est atteinte, pour ce qui est des indicateurs traitant des pratiques d'ANJE.

Il incombe aux autorités ainsi qu'aux acteurs intervenant dans la promotion des meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant d'œuvrer davantage pour améliorer, de manière sensible, les différents indicateurs.

Par ailleurs de nombreux points méritent d'être améliorés :

1. Le financement du plan de passage à l'échelle de l'ANJE ainsi que du Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes et leur mise en œuvre effective
2. La traduction du Code en loi au Burkina prenant en compte tous les textes d'application, les sanctions en cas de violation ainsi que la prévision d'un système de suivi du code du décret actuel, puis de sa diffusion au grand public

3. La création d'un poste de coordinateur national ANJE et les organes statutaires y afférents
4. Le renforcement des compétence des prestataires de soins en réactualisant les contenus des programmes de formation pour prendre en compte les lacunes en matière de gestion de la lactation, de l'ANJE et du CICSLM
5. L'implication des associations et des communautés dans la mise en œuvre de l'IHAB ainsi que le système de suivi/évaluation périodique du programme IHAB
6. La sensibilisation et l'encadrement des mères
7. La réduction de la période concernée pour les pauses-allaitement de 15 à 14 mois remettant en cause un important acquis.
8. La qualité dans l'exécution des activités et des prestations chez certains agents : services de soutien ne sont pas fournis systématiquement par les prestataires de santé (mise au sein précoce, allaitement exclusif) surtout après l'accouchement
9. Le suivi-évaluation des activités de l'ANJE aussi bien au niveau des structures institutionnelles que communautaires
10. Le financement du plan de communication multimédia au niveau national d'appui aux activités communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE
11. La diffusion des messages sur l'ANJE
12. La motivation de certains acteurs communautaires (ONGs Rencap, OBCE, ASBC, PRV...)
13. Certains outils et supports de communication qui sont peu ou pas adaptés (conçus en français) avec le faible niveau d'instruction de certains acteurs clés impliqués dans la promotion de l'ANJE
14. La formation de tous les acteurs et l'application des directives par ceux-ci dans le cadre du counseling, soutien, orientation et suivi du couple mère-enfant en matière d'alimentation infantile conforme aux recommandations internationales et adapté au contexte local.
15. Les supports/outils révisés de collecte des données sur l'ANJE à tous les niveaux ainsi que la prise en compte de certains indicateurs de l'ANJE
16. La collecte, la transmission et le traitement des données sur l'ANJE dans le système national de l'information sanitaire (ENDOSS)

RECOMMANDATIONS GENERALES:

1. Mener un plaidoyer pour la mobilisation suffisante des fonds pour la mise en œuvre du plan de passage à l'échelle de l'ANJE au Burkina Faso
2. Créer un poste de coordinateur national ANJE avec les cadres statutaires y afférents
3. Mettre en place des activités et services « Amis des bébés » dans les hôpitaux et centres de santé
4. Promouvoir les pratiques optimales en matière d'ANJE dans les formations sanitaires
5. Renforcer la formation par l'intégration des différentes dimensions de l'ANJE dans les programmes de formation des professionnels de santé
6. Poursuivre le renforcement continu des compétences des acteurs de terrains dans le domaine de l'ANJE
7. Renforcer l'implication des associations et communautés dans les activités de promotion et de soutien des services d'ANJE à l'échelle nationale (partenariat structures de santé et structures communautaires pour une amélioration de la couverture en services d'ANJE :PISA- GASPA)
 8. Entreprendre des actions de plaidoyer pour relancer (i) la révision du décret 93-279 en prenant en compte les diverses résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) visant à préciser et renforcer le Code international, (ii) pour l'adoption des textes d'application du Décret et (iii) pour l'adoption de la loi comme version relue de l'arrêté de

- 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
9. Mettre en place un comité de relecture de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
 10. Organiser un atelier de validation de la version revue du décret ministériel de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
 11. Former les acteurs de la mise en œuvre du CICSML et du Décret de 1993 au niveau des institutions publiques, du secteur privé (Pharmaciens, Cliniques médicales, etc.) et de la société civile (Associations de défense des consommateurs, ...)
 12. Assurer un suivi régulier et périodique du respect des réglementations et lois en matière de commercialisation des SLM ;
 13. Assurer régulièrement des activités d'IEC/CCC à l'endroit des populations sur la réglementation de la commercialisation des SLM.
 14. Mener le plaidoyer pour ramener la durée des pauses d'allaitement à 15 mois au moins ;
 15. Faire le plaidoyer pour la création/aménagement des espaces d'allaitement dans les lieux de travail tout en intégrant la promotion des techniques d'extraction et de conservation du lait maternel
 16. Intégrer l'ANJE dans les différents programmes de formation initiale et continue des agents de santé
 17. Conduire des activités de sensibilisation pour les agents de santé afin de rendre effectif les conseils et soutiens de qualité pour les mères/familles en matière d'ANJE non seulement pendant la grossesse mais aussi après l'accouchement et ce dans n'importe quel contexte,
 18. Mettre à l'échelle la formation en ANJE et la mise en place des groupes de soutien comme les GASPA.
 19. Assurer un suivi régulier et de qualité, au profit des acteurs à tous les niveaux du système, dans la mise en œuvre effective des activités d'ANJE (conseils individuels et de groupes)
 20. Mener le plaidoyer pour le financement du plan de communication sur la nutrition vs ANJE
 21. Renforcer et intensifier la diffusion des messages audiovisuels, et ce, dans les langues locales (convention avec les radios et télévisions locales) et les activités de sensibilisation en matière d'IEC sur l'ANJE dans toutes ses spécificités (VIH, urgence....)
 22. Faire le plaidoyer pour une adaptation (traduction) de certains outils et supports de communication/sensibilisation (boîte à image, dépliants....) en langues locales
 23. Editer et diffuser à un rythme semestriel un bulletin d'information sur l'ANJE
 24. Renforcer les compétences des agents de santé et OBCE en matière d'ANJE y compris dans les situations d'urgence
 25. Mener le plaidoyer pour un renforcement et une harmonisation de la motivation financière des ASBC et PRV sur le plan national
 26. Développer et intégrer un thème dans la boîte à image des ASBC sur l'ANJE dans le contexte du VIH
 27. Former et mettre à niveau le personnel de santé et les agents de santé communautaires sur les politiques en matière de VIH et alimentation infantile afin qu'ils assurent le relai au sein de la communauté dans l'accompagnement des mères pour une alimentation optimale de leurs enfants
 28. Rendre systématique le counseling et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH aux couples désirant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires.
 29. Renforcer et rendre opérationnel le dispositif de suivi continu qui est mis en place pour déterminer les impacts des interventions en matière de prévention de la transmission du VIH via l'allaitement sur les pratiques d'alimentation infantile et les conséquences globales sur la santé pour les mères et les nourrissons

30. Entreprendre le plaidoyer pour la mobilisation des fonds pour le financement du Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes
31. Reviser et harmoniser les supports ainsi que la méthode de collecte, traitement et de transmission des données à tous les niveaux (communautaire, CSPS, DS et DRS)
32. Définir et intégrer les types d'indicateurs d'ANJE (en lien avec le plan ANJE) et les périodicités de collecte pour tous les acteurs à travers l'utilisation d'un même support de collecte
33. Faire le plaidoyer pour la collecte et la prise en compte effective des données relatives à l'ANJE dans le SNIS (ENDOSS) à tous les niveaux du système de santé.



Atelier de validation du rapport synthèse réévaluation WBTi 2015 Burkina 30/10/2015

WBTi (Outil d'évaluation)

Droits d'auteur © BPNI/ IBFAN-Asie, 2014

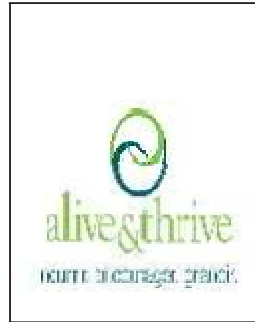
Conception & Mise en page: Amit Dahiya

Tous les droits sont réservés par the Breastfeeding Promotion Network of India (BPNI) / Réseau international de groupes d'action pour l'alimentation infantile ou IBFAN Asie. L'utilisation de **l'Outil d'évaluation WBTi** à des fins de formation, d'information, de reproduction ou de traduction, est encouragée. Toute partie de cette publication peut être librement utilisée, pourvu que le sens du texte ne soit pas modifié et que la source soit reconnue et citée de manière appropriée.

Evaluation réalisée avec l'appui des partenaires suivants:



Association Chant de Femme



Projet Alive & Thrive



Ministère de la Santé du Burkina

Et avec le soutien de :



IBFAN-GIFA remercie également l'Agence Suédoise de Coopération (Sida) pour son soutien.

Annexes :

Annexe 1 : Liste des membres de la cellule restreinte de rédaction

N°	Nom	Prénom	Structure
1	Mme OUEDRAOGO	Hélène	Direction de la Nutrition
2	Mme SAWADOGO	Marie Madeleine	APAIB/IBFAN
3	M.KAMBOULE	Tiarbon	APAIB/IBFAN
4	Mme ILBOUDO	Franceline	APAIB
5	PREWARE	Patricia	Alive & Thrive
6	M. ZERBO	Edouard	IBFAN Afrique
7	Mme KERE	Géneviève	ACF

Annexe2 : Proposition des structures devant prendre part à l'atelier de validation du rapport WBTI

N°	STRUCTURES	NOMBRE DE PARTICIPANT
1	DIRECTION DE LA NUTRITION	02
2	DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DU PLATEAU CENTRAL	01
3	DISTRICTS SANITAIRES DE ZINIARE, ZORGHO, BOUSSE ET SAPOUY	01
4	CREDO	01
5	GRET/ NUTRIFASO	01
6	ACTION CONTRE LA FAIM (ACF)	01
7	HELEN KELLER INTERNATIONAL (HKI)	01
8	ASSOCIATION CHANT DE FEMME	01
9	ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'ALIMENTATION INFANTILE AU BURKINA FASO (APAIB)	02
10	INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK (IBFAN)	03
11	UNICEF	01
12	DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE	01

13	OMS	01
14	ALIVE AND THRIVE	01
15	DIRECTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	01
16	ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE	01
17	DIRECTION GENERALE DE LA SANTE	01
18	DIRECTION DE LA PROTECTION SANITAIRE	01
TOTAL		22